

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA 2026 PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe cumplir estos requisitos:

- Ser ciudadano/a estadounidense o tener presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener las dos partes siguientes de Medicare:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero)
- dentro de los primeros 3 meses desde que obtuvo Medicare;
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Dirección de su domicilio permanente y su número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no los rellene.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario debidamente rellenado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por que la prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro social (o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios).

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario debidamente rellenado y firmado a la siguiente dirección:

VillageHealth

Attention: Enrollment and Reconciliation
PO BOX 22616
Long Beach CA 90801

Una vez que el plan procese su solicitud de inscripción, se pondrá en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con el formulario?

Llame a VillageHealth al (800) 399-7226, los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a VillageHealth al (800) 399-7226 TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede indicar un apartado postal, la dirección de un refugio o de una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para rellenar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y rellenar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni documentos que contengan su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de aprobación de informes de la PRA. Destruiremos toda la correspondencia que recibamos que no guarde relación con cómo mejorar este formulario o reducir el tiempo necesario para recopilar la información (según se describe en la declaración de la OMB 0938-1378). No se guardará, analizará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar el formulario debidamente rellenado al plan.



1 Todos los datos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales) (cont.)

IMPORTANTE: Lea esta información y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para seguir en VillageHealth.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que VillageHealth compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la sección Declaración en el marco de la Ley de privacidad, más abajo). Responder este formulario es opcional. No obstante, en caso de no responder, la inscripción en el plan podrá verse afectada.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience la cobertura de VillageHealth, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de VillageHealth. Estarán cubiertos los beneficios y los servicios proporcionados por VillageHealth y otros servicios incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de VillageHealth (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni VillageHealth pagarán los beneficios ni los servicios que no están cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si un/a representante autorizado/a firma el documento (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica:
 - 1) que esta persona está autorizada según la ley del estado a rellenar esta inscripción y
 - 2) que la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: [] [] - [] [] - [] [] [] []

Si usted es el/la representante autorizado/a, firme arriba y rellene estos datos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:

2 Todos los datos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es opcional. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no las responda.

Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:

Español Chino Coreano Vietnamita

Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con VillageHealth al (800) 531-4040 si necesita recibir información en un formato accesible que no sea ninguno de los anteriores. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge/pareja trabaja? Sí No

Elija el nombre de un/a proveedor/a de atención médica primaria (PCP). **Si el/la PCP que eligió no está disponible, se le asignará automáticamente un/a PCP disponible.** Nombre del/de la proveedor/a de atención médica primaria: _____

Número del médico/a de atención primaria: [] [] [] [] [] [] - []

Número del grupo médico: [] [] [] [] [] []

¿Es paciente de este/a médico/a actualmente? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones electrónicas, cuando estén disponibles. Si desea optar por no recibir comunicaciones electrónicas, marque esta casilla Cancelar la inscripción

Número de teléfono celular: ([] [] [] []) [] [] [] [] - [] [] [] []

Al proporcionar su número de celular, opta por recibir comunicaciones directas y automatizadas del plan a través de mensajes de texto SMS. Si no desea recibir ninguna comunicación ni actualización del plan por mensaje de texto, marque esta casilla Cancelar la inscripción



3 Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba o que pueda deber) por correo, con transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por que su prima se tome automáticamente de su beneficio del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) todos los meses. En caso de que le corresponda pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan.** NO le pague a VillageHealth el IRMAA de la Parte D. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses. Elija una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.**
- Realizar la deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de la siguiente fuente: El Seguro social La RRB

La deducción del Seguro social o la RRB puede tardar hasta dos o más meses en comenzar después de que el Seguro social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro social o la RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro social o la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comiencen las retenciones. Si el Seguro social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para que pague sus primas mensuales.

SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDAN A LA PERSONA INSCRITA A RELLENAR ESTE FORMULARIO

Rellene esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor/a, asesor/a de SHIP, familiar u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a rellenar este formulario.

Nombre:	Relación con la persona inscrita:
Firma:	Número de productor nacional (Solo agentes/corredores):

DECLARACIÓN EN EL MARCO DE LA LEY PRIVACIDAD Los centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información sobre los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos sobre la inscripción de beneficiarios de Medicare de acuerdo con lo que se indica en el Aviso de sistema de registro (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", correspondiente al sistema n.º 09-70-0588. Responder este formulario es opcional. No obstante, en caso de no responder, la inscripción en el plan podrá verse afectada.

INTERNAL OFFICE USE ONLY	
NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> / / </div>	REC'D DATE: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> / / </div>
<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#	

